

※コピーしてお使いください。

令和 年 月 日

人間ドック等受診料助成金申請書

一般財団法人福島市中小企業福祉サービスセンター 理事長

○●申請時の注意●○

※人間ドック等受診料助成には、「1泊・日帰り人間ドック、脳ドック、付加健診」と明記された、個人宛の領収書(コピー)の添付が必要です。
(事業所が受診料を負担し、個人から自己負担額を徴収した場合は事業所からの領収書(コピー)でも可)

※押印は、朱肉を使って、認印で押印してください。スタンプ印での押印や、添付書類が無い場合には受付できません。

事業所名	えふ・サポート(株)		
会員番号	0 0 0 1 - 0 0 0 1		
会員氏名	野田 次郎		
生年月日	昭和・平成 2 年 1 月 1 日		
連絡先	(事業所 自宅・携帯電話) 平日の日中の連絡先 000 - 000 - 0000		



スタンプ印不可

下記のとおり、領収書(コピー)を添えて助成金の申請をします。

1. 受診内容	① 日帰り人間ドック 2. 1泊人間ドック 3. 脳ドック 4. 生活習慣病予防健診に付加健診を併せたもの		
※人間ドックと脳ドックを同時に受診された方は、申請書を各1枚ずつ提出してください。2件一緒に記入しないでください。			
2. 医療機関名	えふ・サポート病院		
3. 受診月日	令和 4 年 1 月 1 日 ~ 令和 4 年 1 月 1 日 まで (1泊・日帰り)		
4. 自己負担金額	¥ 3 5 0 0 0 円 ※「生活習慣病予防健診に付加健診を併せたもの」を受診した場合は、付加健診の料金のみ対象です。		
5. 助成申請額	¥ 5 0 0 0 円 ※助成金額：自己負担額の半額 (上限 日帰り5,000円・1泊10,000円・脳ドック5,000円・付加健診5,000円) ※100円未満切捨て(詳しくはP24参照)		
6. 振込口座	※事業所の会費引落口座を記入してください。		

金融機関名									
東北労働				☐ 銀行	☒ 金庫	☐ 農協	福島		
				☐ 信組	()		本店 支店		
① 普通 ② 当座	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ エフサポート(カ) えふ・サポート(株)	

* 事務局記入欄									
助成決定金額						領収証		その他	
						円			

理事長	業務執行理事		事務局長	事務局員	担当
	○	○			

No.	
受付日	入力日

※押印済の申請書を提出してください。押印をコピーしたものやFAXでは受付できません。
申請は、えふ・サポート窓口にご持参いただくか郵送でお願い致します。